

**RESIDUAL NEWBORN SCREENING BLOOD SPOT DIRECTIVE**  
**DIRECTIVA DE EXAMENES DE MUESTRAS DE**  
**SANGRE RESIDUALES PARA RECIEN NACIDOS**  
 Michigan Department of Health and Human Services

Nombre del Niño al Nacer	Fecha de Nacimiento
Nombre Actual del Niño	Marque el Orden por Múltiples Nacimientos <input type="checkbox"/> 1ro <input type="checkbox"/> 2do <input type="checkbox"/> 3ro <input type="checkbox"/> 4to <input type="checkbox"/> 5to
Nombre de la Madre al Nacer el Niño	Hospital de Nacimiento

Soy un representante legal\* del niño que se nombra más arriba. Le solicito al Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) que (marque una):

- Destruya todas las muestras de sangre restantes. Entiendo que al marcar esta casilla, ya habrá muestras de sangre disponibles para uso futuro incluyendo propósitos médicos, de identificación o investigación.
- Destruya sólo la parte de las muestras de sangre guardada para investigaciones. Entiendo que al marcar esta casilla, el MDHHS conservará una muestra de sangre. Yo debo dirigir cualquier posible uso futuro, incluyendo propósitos médicos, de identificación o investigación.
- Guarde pero no use las muestras de sangre para investigaciones una vez completado el examen al recién nacido. Entiendo que el laboratorio guardará las muestras de sangre, pero que no las usará para investigaciones de ningún tipo a menos que yo lo indique por escrito.

\* **Representante legal** se refiere a un padre o tutor de un menor quien posee la autoridad para actuar en nombre del menor o del individuo de quien se recolectó la muestra, si tiene 18 años o más o se encuentra legalmente emancipado.

Firma del Padre, Tutor u otro Representante Legal	Relación con el Niño
Nombre en Imprenta	Fecha
Domicilio	Ciudad
	Código Postal
	Número Telefónico

Si le está solicitando al MDHHS que destruya muestras de sangre, deberá también adjuntar una copia **del certificado de nacimiento** perteneciente a la persona cuyas muestras de sangre están siendo destruidas **Y la licencia de conducir, la tarjeta de identificación emitida por el estado o el pasaporte** de la persona que firmó más arriba.

**Entregue el documento(s) por:**

**Correo Electrónico:** [biotrust@michigan.gov](mailto:biotrust@michigan.gov) **Fax:** 517-335-9419 o

**Correo Postal:** BioTrust Coordinator, NBS Follow-up Program, PO Box 30195, Lansing, MI 48909

Por favor, observe que el MDHHS no podrá garantizar la seguridad de los correos electrónicos, en caso de que decida entregar este formulario y los documentos correspondientes al departamento por dicho medio.

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.

**Autoridad:** Michigan Public Health Code, Act 368 of 1978